

Escuela de Enfermería de Zamora

Titulación: Grado en Enfermería

Trabajo Fin de Grado

Título

**Enfermería en los Programas de
Rehabilitación Cardíaca: perfil y situación
actual en España**

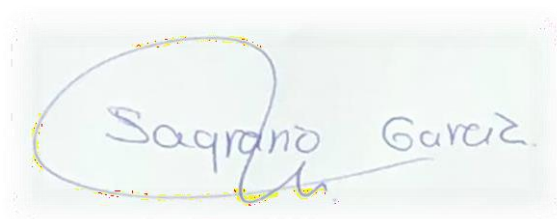
Estudiante: Elena Fernández Martín

Tutora: M^a Sagrario García Calderón

Fecha: 27 de abril de 2020

El profesor **Sagrario García Calderón** en su calidad de tutora, considera que el Trabajo Fin de Grado titulado: **“Enfermería en los programas de Rehabilitación Cardíaca: perfil y situación actual en España”**, realizado por: Elena Fernández Martín, cumple los requisitos para proceder a su presentación ante la Comisión Evaluadora.

Zamora, 27 de abril de 2020

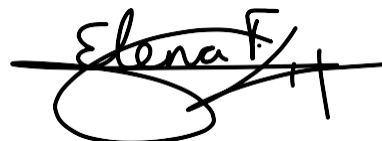


Fdo.: Sagrario García Calderón

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

Declaro que he redactado el trabajo *“Enfermería en los Programas de Rehabilitación Cardíaca: perfil y situación actual en España”* para la asignatura Trabajo Fin de Grado en el Segundo cuatrimestre del curso académico 2019/2020 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes y la literatura citadas en la bibliografía, y que he identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes y de la literatura indicada, textualmente o conforme a su sentido.

En Zamora, a 24 de abril de 2020



Fdo.: Elena Fernández Martín

ÍNDICE

1- RESUMEN	4
2. INTRODUCCIÓN	5
1.1 ¿QUÉ SON LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES?	5
1.2 REHABILITACIÓN CARDIACA: DESARROLLO HISTÓRICO	6
1.3 PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDIACA (PPRC)	6
3. OBJETIVOS	9
4- MATERIAL Y MÉTODO	9
5- RESULTADOS	11
6- DISCUSIÓN	19
7- CONCLUSIONES	23
8-AGRADECIMIENTOS	24
9- BIBLIOGRAFÍA	25
10-ANEXO	29

1- RESUMEN

Introducción: considerando que las enfermedades cardiovasculares abarcan la mayor causa de morbilidad mundial, a lo largo de la historia se han desarrollado intervenciones de prevención de un segundo evento cardíaco y mejora de la calidad de vida. La Organización Mundial de la Salud lo denominó, a mediados del siglo XX, como Rehabilitación Cardíaca. En la práctica, son aplicados los Programas de Rehabilitación Cardíaca, que engloban los protocolos, población diana, recursos materiales y profesionales, en los que Enfermería está presente.

Material y método: se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos y revistas de ciencias de la salud, tanto en castellano como en inglés, durante los meses de febrero y marzo de 2020. Finalmente, fueron seleccionados 8 artículos.

Resultados: se focalizó la atención en el perfil, competencias y relevancia de Enfermería en Rehabilitación Cardíaca, y en las características y funciones de los Programas de Rehabilitación Cardíaca en España.

Discusión: en España, aunque existan Guías de Práctica Clínica acerca del rol que debe desempeñar Enfermería y los requisitos mínimos para llevar a cabo los Programas de Rehabilitación Cardíaca, existen diferencias dependiendo de la región geográfica, en cuanto al número de profesionales que conforman el equipo multidisciplinar y sus funciones.

Conclusiones: Enfermería posee un lugar indispensable dentro de los Programas de Rehabilitación Cardíaca, pero hay pluralidad, tanto en sus competencias, como en el desarrollo y reconocimiento de su actividad profesional. Dichos programas precisan de un mayor progreso, en virtud de sus beneficios para la salud.

Palabras clave (Keywords): Rehabilitación Cardíaca, cuidados de enfermería, *Cardiac Rehabilitation, nursing care.*

2. INTRODUCCIÓN

1.1 ¿QUÉ SON LAS ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES?

Las enfermedades cardiovasculares (ECV) integran un extenso y variado conjunto de trastornos de los vasos sanguíneos y del corazón, siendo la mayor causa de enfermedad, muerte y discapacidad a nivel mundial (1, 2). Por varios autores, son denominadas “*la epidemia del siglo XXI*”, puesto que suponen un problema de salud pública. Las más comunes son el infarto agudo de miocardio (IAM) y el ictus o accidente cerebrovascular (ACV).

Su aparición viene determinada por una serie de factores de riesgo (FR) cardiovasculares, que se clasifican en **no modificables**, sobre los que no se puede intervenir, como son la edad, el sexo o la predisposición genética; y **modificables o factores de riesgo ambientales**, que son el tabaquismo (uno de los más importantes), obesidad, sedentarismo, hipertensión arterial (HTA), hipercolesterolemia, Diabetes Mellitus, entre otros. Estos FR pueden ser controlados adquiriendo un estilo de vida cardiosaludable: abandonando el hábito tabáquico, dieta variada, práctica regular de ejercicio físico, etc (3).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), 17’5 millones de personas murieron por ECV en 2012 (4). En España, según los datos recogidos en “*Patrones de Mortalidad del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad*”, en 2016, era la segunda causa de muerte (20’1%, unas 82.446 defunciones), por detrás del cáncer (26’5%). (5). Sin embargo, el informe de “*Defunciones según causa de muerte*” del Instituto Nacional de Estadística del año 2018, sitúa las enfermedades cardiovasculares como principal causa de mortalidad en nuestro país (28’3%). Dentro de las mismas, los accidentes isquémicos cardíacos ocupan el primer puesto (6).

Es imprescindible incidir sobre los FR anteriormente mencionados para conseguir restablecer las funciones y la calidad de vida tras sufrir un evento cardíaco. Por ende, a lo largo de la historia, se han desarrollado y aplicado una serie de actividades preventivas de un segundo suceso cardíaco, lo que posteriormente se ha denominado Rehabilitación Cardíaca.

1.2 REHABILITACIÓN CARDIACA: DESARROLLO HISTÓRICO

Existen datos que demuestran que Asclepiades de Prusa (124 a.C-40 a.C), médico griego, sugirió la práctica de ejercicio físico y hábitos dietéticos para tratar enfermedades vasculares (7). En España, destacó la figura del doctor onubense Cristóbal Méndez, que publicó *“El libro del ejercicio corporal y sus provechos”* (1553), mostrando los beneficios de la actividad física para la salud (prevención y tratamiento de enfermedades) (7, 8).

A mediados del siglo XX, la OMS emitió el informe técnico nº 270 *“La rehabilitación cardiaca en las enfermedades cardiovasculares”* (1964), donde se acuña por primera vez este concepto. Entre sus objetivos destacan *“devolver al enfermo sus facultades anteriores, lograr el desarrollo óptimo de sus funciones físicas y mentales, devolverle la confianza en sí mismo, prepararle para ocupar otro empleo [...]”* (9).

Años más tarde, en 1993, este mismo organismo presentó un último informe acerca del tema, centrando su atención en los países en desarrollo, aludiendo que *“las enfermedades cardiovasculares constituyen la causa principal de morbilidad y mortalidad prematura en los países industrializados [...]”*. Además, señala que la Rehabilitación Cardíaca es una parte imprescindible de la atención sanitaria a la que todos los pacientes cardíacos deben tener acceso (10).

En España, según el estudio RE-URCa (11), elaborado durante los años 2013 y 2014, hay un total de 91 centros donde se realiza Rehabilitación Cardíaca, englobando Hospitales, Centros de Salud, gimnasios, polideportivos municipales, etc. Andalucía lidera el ranking de Comunidades Autónomas en poseer un mayor número de Unidades de Rehabilitación Cardíaca dentro del territorio nacional.

La labor de estas Unidades viene determinada por la implementación de Programas de Rehabilitación Cardíaca (PPRC), en los cuales se establecen los protocolos, objetivos, pacientes a los que va dirigido, actividades, profesionales y recursos materiales necesarios en la práctica.

1.3 PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN CARDIACA (PPRC)

La OMS los define como *“el conjunto de medidas que persiguen la recuperación y readaptación del enfermo que padece o ha padecido alguna manifestación de*

cardiopatía hasta conseguir los niveles óptimos en los aspectos físico, psicológico, social y laboral”.

Estos PPRC se centran en 4 pilares principales: el entrenamiento físico aeróbico, control de los FR, apoyo psicológico y la reincorporación social y laboral; pues tienen la finalidad de mejorar la calidad y el pronóstico de vida de los pacientes afectados por problemas cardíacos.

Cada programa, aunque abarque actividades comunes, está individualizado según los FR que presente el paciente, la edad, el sexo, si existen patologías asociadas...

Las indicaciones para acceder a los PPRC dependen del tipo de patología y características del paciente; pero, a modo general, son:

- Cardiopatía isquémica: post-infarto, post-revascularización y angina estable.
- Otras cardiopatías: valvulopatías, cardiopatías congénitas, HTA, trasplante cardíaco, insuficiencia cardíaca...
- En sujetos sanos, pero con alto nivel de riesgo (determinado por los FR asociados).

No obstante, constan casos donde su aplicación está **parcialmente contraindicada**, como en la diabetes mal controlada, neumonías ...; o de forma **absoluta**, como en insuficiencia cardíaca avanzada, obstrucción significativa a la eyección ventricular izquierda, pericarditis activa, bloqueos AV grados 2 y 3, disección aórtica, embolia pulmonar, etc.

Los PPRC se dividen en tres fases, dependiendo del tiempo transcurrido desde el accidente cardíaco y las actividades realizadas en cada una de ellas:

- **FASE I:** desde el ingreso hasta el alta hospitalaria. En ella, el cardiólogo responsable explica a los pacientes en qué consiste la Rehabilitación Cardíaca y los beneficios de comenzarla de forma precoz, puesto que hay un mayor grado de motivación. Es el mejor momento para iniciar la intervención psicológica, en vista de la alta incidencia de crisis emocionales.
- **FASE II:** comprende los 2-3 meses posteriores. Aquí, acuden a las Unidades Hospitalarias (cuando son de alto riesgo, 3-4 veces por semana) o a centros

de referencia (de bajo riesgo) para realizar ejercicio aeróbico supervisado y liderado por fisioterapeutas. Los pacientes, las primeras semanas, están monitorizados mediante telemetría. Además, son asesorados por el personal de enfermería acerca del control de los FR.

- **FASE III:** también denominada de mantenimiento. Consta de una serie de pautas de ejercicio, de carácter ambulatorio, previamente prescritas por la Unidad de Rehabilitación Cardíaca, cuando el paciente ya ha adquirido un cierto grado de autonomía. Sin embargo, precisa de ergometrías cada 3-4 meses para valoración y reevaluación, al igual que un control desde Atención Primaria.

Para el desarrollo óptimo de los PPRC, es imprescindible que cuenten con una serie de características: que sean factibles a todos los pacientes, con unos recursos mínimos y existentes en la comunidad; los profesionales sanitarios deben conocer sus beneficios; Educación para la Salud (EpS) encaminada a pacientes y familiares; ser reevaluados periódicamente dependiendo de las posibilidades y recursos disponibles e incorporados en Programas del Sistema Sanitario (7, 12).

Dentro del amplio equipo multidisciplinar, se incluyen cardiólogos, rehabilitadores, enfermeros, fisioterapeutas, nutricionistas, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, endocrinos y personal sanitario de Atención Primaria (médicos de familia, Enfermero Comunitario de Enlace, fisioterapeuta...).

El perfil de Enfermería en las Unidades de Rehabilitación Cardíaca, según el Consejo de la Asociación de Enfermeras Americanas sobre la práctica médico-quirúrgica de la Profesión Enfermera (ANAC), en 1993, debe ser **clínico, colaborador, investigador, consejero de salud, coordinador del programa y enlace comunitario** (13).

Este trabajo se centrará en el rol y la situación de los profesionales de enfermería en los Programas de Rehabilitación Cardíaca en España.

3. OBJETIVOS

Objetivo general: Describir el papel de los profesionales de enfermería en Rehabilitación Cardíaca.

Objetivos específicos:

- Conocer la finalidad y las funciones de los Programas de Rehabilitación Cardíaca.
- Identificar los recursos humanos y materiales que interfieren en los Programas de Rehabilitación Cardíaca.
- Evaluar la existencia de coordinación entre la Unidad de RC y los profesionales de Enfermería de Atención Primaria (figura del Enfermero Comunitario de Enlace).

4- MATERIAL Y MÉTODO

Para obtener los artículos relevantes de cara a este trabajo, se realizó una búsqueda bibliográfica en bases de datos científicas y en revistas de Ciencias de la Salud (Ver Anexo 1). Ésta se desarrolló durante los meses de febrero y marzo de 2020.

Se han consultado bases de datos tanto en inglés como en castellano. Previamente, se han hallado los tesauros necesarios a través de DeCS (Descriptores de Ciencias de la Salud):

- **“Rehabilitación Cardíaca”** y **“Enfermería”** en Castellano.
- **“Cardiac Rehabilitation”, “Nursing Care”** y **“Nursing”** en inglés.
- El operador booleano utilizado han sido **AND**.

Por consiguiente, se han establecido los criterios de inclusión y de exclusión para la selección de artículos.

Criterios de inclusión:

- Antigüedad menor o igual a 10 años (2010-2020).
- Artículos en castellano.

- Realizados en España.
- Participación de los profesionales enfermería en la elaboración del estudio.

Criterios de exclusión:

- Artículos duplicados que ya hayan sido seleccionados en otras bases de datos consultadas.
- Estudios piloto.
- Sin relevancia o no concluyentes para este trabajo.

Además, se ha consultado la revista electrónica “Enfermería en Cardiología” (a fecha de 29 de febrero de 2020). A través de su propio buscador, con la palabra clave “Rehabilitación cardíaca”, fueron devueltos 5 resultados, de los cuales se ha elegido uno para la revisión. Los cuatro restantes se han descartado, bien porque no participaba enfermería o porque ya habían sido seleccionados previamente en otras bases de datos.

El cómputo global de la búsqueda fue de 225 resultados, de los cuales fueron descartados 214 atendiendo a los criterios de inclusión y exclusión fijados. Tras la revisión de los 11 artículos, se seleccionaron finalmente 8 estudios para la presente revisión bibliográfica.

5- RESULTADOS

García-Hernández P. et al (14), publicaron un artículo en 2014 acerca de los perfiles profesionales en los programas Rehabilitación Cardíaca en España, al que denominaron “Estudio ESRECA”, de tipo descriptivo, observacional, transversal y multicéntrico. El objetivo específico era conocer y describir el patrón laboral de Recursos Humanos (RRHH), así como la opinión de los integrantes de los equipos multidisciplinares. El periodo de investigación abarcó entre mayo de 2012 y mayo de 2014. El grupo de trabajo identificó el número de Unidades que realizan Rehabilitación Cardíaca en España a través de una encuesta de elaboración propia., con un total de 74, pero solo fueron evaluadas 68 debido a la no respuesta o no cumplimiento del único criterio de exclusión (PPRC que no hicieran Fase II). Esta evaluación se consiguió a través de una encuesta.

Respecto a los resultados obtenidos, de los 68 centros encuestados (n=68), participaron un total de 379 profesionales, de los cuales, de Enfermería ha sido de la que mayor respuesta han obtenido (48,53%). Estos conforman un 83,82% (n=57) del total de sanitarios en todos los PPRC, por detrás de cardiólogos (n=67; 98,53%) y fisioterapeutas (n=62; 91,18%). En tres PPRC de los estudiados no hay participación de enfermeros y fisioterapeutas. En relación al equipo multidisciplinar complejo (cardiólogo, fisioterapeuta, enfermero, médico rehabilitador, psicólogo, administrativo, endocrino...), exclusivamente existía en cuatro Comunidades Autónomas (Andalucía, Cataluña, Madrid y País Vasco). En las Islas Baleares, los profesionales de enfermería no formaban parte del equipo de las Unidades de Rehabilitación Cardíaca. Continuando con la jornada laboral, Enfermería era la categoría profesional que más días acudía/semana (4,1 días/semana). El resto de profesionales acudieron <3,5 días/semana. La coordinación de los PPRC ha recaído principalmente en los cardiólogos (n=37; 54,41%), relegando a Enfermería al cuarto puesto (n=5; 7,35%).

Respecto a la opinión de los profesionales, acerca de la dotación de RRHH, refirió un 53,73% (n=36) que era la adecuada, destacando la entidad privada (88,33%), en contraposición de la pública (47,83%); acentuando que se debería aumentar la plantilla de psicólogos (27,78%) y de enfermeros (20,37%).

El “Proyecto RECABASIC”, artículo de García-Hernández P. et al (15), datado en 2017, consistió en una búsqueda bibliográfica en español e inglés acerca de las competencias y actividades de enfermería en los PPRC, así como recursos humanos y materiales presentes en ellos. Las fuentes consultadas fueron Guías de Práctica Clínica de Europa, Estados Unidos, Australia, Gran Bretaña y España. Las áreas a investigar se dividieron en varios apartados, de los que destacan:

- Recursos Materiales (RRMM): los requisitos mínimos para constituir una Unidad de Rehabilitación Cardíaca son el gimnasio (no > a 14 pacientes y 120m²), carro de paradas, desfibrilador, electrocardiógrafo, toma de oxígeno y de aspiración, tensiómetro, báscula, cinta métrica, pulsímetro, glucómetro, equipo aeróbico y anaeróbico (tapices rodantes, cicloergómetros, elípticas, balones medicinales...) y uso de las nuevas tecnologías en salud “e-Salud” (Historia Clínica informatizada, estudios radiológicos, prescripción digital...). Además, se incluyó la indispensabilidad del uso de Telemetría en las Unidades Hospitalarias.
- RRHH: en este apartado, se estableció el conjunto de profesionales que integraban el equipo básico y complejo de los PPRC. El básico estaba constituido por cardiólogo, enfermero y fisioterapeuta. En el complejo, además de los anteriores, se incluían médicos rehabilitadores, psicólogos, nutricionistas, trabajadores sociales, etc. La figura del Enfermero Comunitario de Enlace (ECE) en el campo asistencial de Atención Primaria como conexión con la Unidad de Rehabilitación Cardíaca, estaría dentro del equipo complejo, así como el médico de familia, enfermero de Atención Primaria y enfermero de Salud Mental. La coordinación por Enfermería fue descrita con buenos resultados en los PPRC en los que estaba implantada, puesto que es el enlace comunicativo entre el equipo multidisciplinar, paciente y familia.
- Perfil y competencias de Enfermería: se destacó la capacidad de liderazgo como una de las aptitudes más significativas. Además, se enumeraron las actividades y competencias, tanto en Hospitales como en Atención Primaria: buena comunicación, tanto con el paciente, familia y equipo de trabajo; coordinación (los PPRC coordinados por Enfermería eran más efectivos),

capacidad de gestión clínica, que garantice la seguridad de los pacientes, docente, que posea los conocimientos necesarios, asistencial, administrativa, investigadora, científico-técnica, que garantice la continuidad de los cuidados, etc. Por otro lado, los ECE se encargaban de garantizar la continuidad de los cuidados entre los niveles asistenciales, y de facilitar la comunicación entre las Unidades de Rehabilitación Cardíaca y Atención Primaria, siendo un tipo de profesional clave que, por desgracia, aun no está desarrollado en algunos países.

- Actividades de los PPRC: estas dependían de la Fase del PPRC. Las actividades de las Fase II y III pueden solaparse, según las diferentes Guías de Práctica Clínica. La Fase II puede ser supervisada (Unidades de Rehabilitación Cardíaca) o en domicilio (pero siempre controlada por la Unidad). En la Fase III, Atención Primaria continúa el seguimiento de los pacientes.

Un estudio cualitativo publicado en 2011 acerca de la vivencia de la enfermedad tras la Rehabilitación Cardíaca, realizado por Urzainqui Senosiain L. et al (16), tenía como objetivo averiguar las consecuencias de la asistencia o no a un PRC tras haber sufrido un IAM, a través de los apoyos, experiencias y percepciones en función de la edad y el sexo. La investigación se desarrolló en las consultas de Cardiología y en la Unidad de Rehabilitación Cardíaca del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Se realizó un seguimiento a los enfermos durante un año, incluyendo a los pacientes que hubieran sufrido un IAM en los últimos 3-6 meses, >18 años de ambos sexos, residentes en la Comunidad de Madrid y que hablaran castellano fluidamente.

Las variables a estudio fueron la edad, la participación o no en el PRC y el sexo. Se hicieron cuatro grupos (1-no participantes en el PRC; 2- participantes entre 40-65 años, hombres; 3- mujeres y 4- >65 años). El grupo de trabajo lo conformaron 3 enfermeras, que recogieron los datos a través de entrevistas individuales, con un guion semiestructurado. En total, se incluyeron 27 sujetos en el estudio.

Los resultados se resumieron en dos apartados:

- Apoyo al proceso patológico: se identificó el apoyo familiar tras el alta como necesario en todos los grupos. Sin embargo, no tuvo mucha relevancia por la

tendencia de los pacientes de ocultar sus sentimientos a sus seres queridos. La autopercepción sobre la necesidad de seguridad y protección era más negativa en los pacientes no participantes en los PPRC que en los que sí lo hicieron, puesto que estos últimos tenían mayores conocimientos acerca de su enfermedad. Los que no han participado refirieron estar menos comprometidos con su cambio. Otro aspecto a tener en cuenta fue que los que sí realizaron el PPRC identificaban como gran apoyo emocional a los demás compañeros, especialmente los solteros o los que no tenían círculo familiar cercano.

- Adaptación al cambio: la no asistencia a Rehabilitación Cardíaca puso de manifiesto un mayor desconocimiento acerca de la enfermedad y aumento del miedo a la realización de actividad física. En cuanto al ejercicio físico, los participantes estaban más concienciados y motivados, pero en ocasiones sufrían estrés y ansiedad, puesto que si no cumplían las pautas, se sentían culpables.

Resumiendo lo anterior, los pacientes que acudieron a Rehabilitación Cardíaca fueron capaces de autogestionar su cuidado, y en el momento de finalizar la Fase II Hospitalaria y ya comienzan la Fase III en sus domicilios, no tuvieron sensación de miedo, de desprotección, y sin demasiadas dudas al alta, lo que favoreció la adaptación a su nuevo estilo de vida.

El siguiente artículo valoró la efectividad de la Rehabilitación Cardíaca en un grupo de pacientes de alto riesgo. Fue un estudio de tipo cuasiexperimental, elaborado entre noviembre de 2013 y marzo de 2014 por Alba Martín R (17), en el que participaron 29 pacientes de alto riesgo cardiovascular con Insuficiencia Cardíaca en un Hospital de 1^{er} nivel en Córdoba. Los pacientes fueron sometidos a 36 sesiones de un PRC en Fase II de 100 minutos, 3 veces/semana: acondicionamiento aeróbico, 4 talleres formativos sobre educación sanitaria y 8 conferencias para pacientes y familiares.

El tipo de ejercicio a realizar fue aeróbico, en el tapiz rodante, durante 20 minutos, siempre supervisado por personal sanitario. Durante el mismo, los pacientes estaban monitorizados (tensión arterial, frecuencia cardíaca y electrocardiograma), pero nunca superando el 80% de su frecuencia cardíaca submáxima. Durante el estudio, se

utilizaron dos escalas de valoración: la Escala de Borg modificada para medir la percepción del esfuerzo físico, designando de 1 a 20 la sensación subjetiva de esfuerzo; y el cuestionario SF-36, con 36 ítems agrupados en 8 escalas para medir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS), puntuando de 1 a 100. La recogida de información por el profesional de enfermería se efectuó a través de la entrevista clínica, los resultados del tapiz rodante y la proporcionada por otros profesionales.

La edad media de los participantes era de 63 ± 11 años. Asistieron al 98% del total de sesiones. Se hallaron diferencias significativas en 4 de los 8 ítems de la escala SF-36, entre el inicio y el final del PRC: dolor corporal ($p=0,003$), salud general ($p=0,001$), función social ($p=0,003$) y rol emocional ($p=0,002$). En cuanto a los FR, el sobrepeso, tabaquismo y sedentarismo eran los predominantes. En la sesión 36, el sobrepeso disminuyó un 10,4%, el tabaquismo un 23,9% y un 42,9% comenzaron a hacer ejercicio físico diariamente. Por último, en la Escala de Borg, en la primera sesión un 90,1% determinó que el esfuerzo era “algo duro”, contrastando con la última en la que el 94,4% lo denominó como “suave-moderado”. Un 89% de los pacientes coincidieron en que su autoconfianza se vio incrementada y la percepción de esfuerzo disminuida.

Aunque publicado en 2019, a principios de 2018 García Hernández P. et al (18), realizaron un estudio acerca de la situación actual de la Enfermería en Rehabilitación Cardíaca en España, al que denominaron “Estudio MAREC”. Se crearon cuatro grupos de trabajo de diferentes Unidades hospitalarias del conjunto nacional, cada cual con su coordinador correspondiente, formados por 3-4 personas. El objetivo principal fue describir los recursos disponibles, la participación, las tareas y el nivel de autonomía de Enfermería en Rehabilitación Cardíaca.

Elaboraron un cuestionario con 853 ítems, al que respondieron 56 centros. Por Comunidades Autónomas, Madrid fue la que más centros/Unidades poseía (13 Unidades, el 23,2% del total). Sin embargo, hay regiones en las que no están implantados los PPRC, como es el caso de Islas Baleares, Navarra, La Rioja, Ceuta y Melilla.

El equipo básico, según los criterios recogidos en el “Proyecto RECABASIC” (15), era el predominante en el 32,1% de los centros; y el complejo, en el 67,9%. El número de médicos/Unidad de Rehabilitación Cardíaca fue de un $1,5\pm 0,9$, y de enfermeros, $1,4\pm 0,8$, siendo estos últimos la plantilla de más reducida en comparación al resto de Unidades cardiológicas. La experiencia profesional de los enfermeros en este servicio cardiológico ha sido mayor de un año en el 78,6%.

En cuanto a RRMM, el 21,4% de los centros no tienen registro informatizado, y en el 25% Enfermería no disponía de una consulta propia para poder desarrollar eficazmente la entrevista individual. Los gimnasios tenían un tamaño medio de $75,8\text{m}^2$, y dos de los centros encuestados no disponían del mismo. El número de máquinas media/Unidad fue de 8. La telemetría estaba presente en el 87,5% de los centros, así como el carro de paradas en un 91,1% y el desfibrilador en un 100%. En el 78,6% de los casos de los centros a estudio, Enfermería realizaba las actividades administrativas y el 85,7%, asesoraba sobre nutrición y alimentación.

Un dato reseñable era que, únicamente el 16,1% de los enfermeros encuestados refirieron derivar a los pacientes a otros profesionales cuando fue necesario. Las fases del PPRC estaban divididas también en tres: un 75% realizaba la Fase I, un 91,1% la Fase II y el 19,6% la Fase III (en la que la relación con AP solo era efectuada en un 14,3% de los casos). Por último, 42 centros alegaron realizar Plan de Cuidados de Enfermería, aunque solamente en un 52,4% a todos los pacientes.

El estudio “Rehabilitación cardíaca. Consulta de enfermería en el Complejo Hospitalario de Jaén” realizado en 2015 por Alejo Esteban JA. et al (19), evaluó la labor de los enfermeros en dicha consulta, proponiéndose como objetivos el proporcionar cuidados integrales al paciente y familia, garantizando su continuidad; mejorar la calidad asistencial, disminuir los tiempos de espera, establecer metas a los pacientes individualmente, educar en salud y tanto aumentar la formación de los profesionales como favorecer su comunicación.

Para ello, se citó a los pacientes, presencial y telemáticamente (llamadas telefónicas), con una duración aproximada de 10-30 minutos. En esas consultas, los enfermeros instauraron estrategias de educación para el control de los FR, monitorizar sus signos vitales y las variaciones antropométricas, conseguir la continuidad con los

profesionales de Atención Primaria, definir el tipo de ejercicio realizado, etc. Toda la información obtenida se introdujo en una base de datos en la Unidad de Rehabilitación Cardíaca. Se utilizó la taxonomía enfermera (NANDA, NIC, NOC) a la hora de elaborar el plan de cuidados a cada paciente.

Utilizaron los siguientes instrumentos metodológicos: la entrevista inicial, cuestionarios y la evaluación del nivel de conocimientos del paciente. Participaron en el estudio un total de 83 personas, de los cuales, 19 hacían ejercicio en sus domicilios, 26 en su Centro de Salud, 35 desde la Unidad hospitalaria de RC y 3 abandonaron el programa. La intervención de Enfermería fue valorada, en un 100%, como positiva, consiguiendo que los pacientes incrementasen su autoestima y sus conocimientos acerca del régimen terapéutico.

En el siguiente artículo, elaborado por Pujalte Aznar MP. et al (20), los profesionales de la Consulta de Enfermería en Prevención Secundaria y Rehabilitación Cardíaca del Hospital General de Elche, pretendieron investigar la adherencia farmacológica de sus pacientes en tratamiento crónico (antihipertensivos) durante los meses de septiembre de 2012 y marzo de 2013. Para ello, les facilitaron dos cuestionarios que evalúan la adherencia y cumplimiento farmacológico: Test de Morisky-Green y Test de Autocumplimiento o Haynes-Sackett. La participación fue, finalmente, de 51 pacientes. Se obtuvieron las frecuencias absolutas y relativas de cada una de las preguntas de ambos cuestionarios.

Los resultados indicaron que, 36 pacientes contestaron correctamente a ambos test, y un 70,5% eran adherentes al tratamiento farmacológico, con un 19,61% de olvidos frecuentes al tomar la medicación. El estudio concluye en que se debe incidir en la mejora de la comunicación entre los pacientes y profesionales de enfermería para que la adherencia se incremente, siendo posible mediante el desarrollo de estrategias de intervención adecuadas que permitan descubrir a los incumplidores y las causas.

El estudio publicado en 2014 por García Hernández P. et al (21) tenía como propósito determinar la situación de los PPRC en España, haciendo hincapié principalmente en el papel de Enfermería. En este caso, se evaluaron los RRMM y las actividades de cada fase de los PPRC. Elaboraron un cuestionario que respondieron, de 74 centros identificados, un total de 68 (93,24%). Andalucía y

Madrid lideraban la clasificación en albergar el mayor número de Unidades. Atendiendo a los apartados valorados:

- RRMM: la media de tamaño de los gimnasios y de número de máquinas fue 83,40 m² y 7,69, respectivamente. La bicicleta estática era el elemento más común (66,35%), seguido del tapiz rodante (24,36%).

La telemetría estuvo presente en un 76,47% de los centros y el carro de paradas en un 88,23%.

- Actividades de los PPRC:
 - Solo Fase I: 34 centros contestaron, y 19 afirmaron que sí la hacían. Las causas mayoritarias para realizar únicamente esta fase fueron laborales (37,50%) y de distancia (20,83%).
 - Fase I: 33 centros (48,53%). Las charlas grupales se impartían en un 55,88% de los casos. La entrevista o Historia de Enfermería se hacía en el 50% de los encuestados, siendo Aragón y Galicia los que más las realizaban (100%).
 - Fase II: en 6 Comunidades Autónomas no existe esta fase (Asturias, Castilla-La Mancha, La Rioja, Navarra, Ceuta y Melilla). Determinaron que un total de 7247 pacientes estaban dentro de los PPRC encuestados, aunque 110950 eran candidatos a ello. Por lo que, únicamente el 6,93% de los mismos podían acceder a realizar Rehabilitación Cardíaca en toda España.

6- DISCUSIÓN

A continuación, se exponen las coincidencias y discrepancias de los diferentes autores en relación a los objetivos planteados para este trabajo.

Respecto al rol que ejerce Enfermería en las Unidades de Rehabilitación Cardíaca, García Hernández P. et al (15) destaca el liderazgo como un aspecto imprescindible para conseguir los objetivos planteados, desarrollar intervenciones proponiendo las mejoras precisas, gestionar, coordinar y fortalecer el progreso del equipo interdisciplinar.

Además, Alejo Esteban JA. et al (19) considera esencial que Enfermería en Rehabilitación Cardíaca aporte cuidados integrales al paciente y familia, mejore la calidad asistencial, eduque en salud para un control óptimo de los FR cardiovasculares y facilite la continuidad de los cuidados con Atención Primaria. Esto se consigue haciendo uso de la taxonomía enfermera (NANDA, NIC, NOC), a través de la elaboración de un Plan de Cuidados individualizado; sin embargo, apenas la mitad de los profesionales de enfermería lo realiza.

La comunicación eficaz entre el paciente, familia y profesionales, es una cualidad que tienen en cuenta varios autores (15,16,19,20). Para pasar del modo unidireccional y consiga ser bidireccional, Enfermería es la categoría profesional que está más en contacto con el paciente y familiares, y con los conocimientos y habilidades comunicativas adecuadas, es capaz de conseguir transformaciones importantes en la autopercepción de la salud: la participación de los pacientes en propio cuidado y la motivación extrínseca e intrínseca para mejorar su calidad de vida. El objetivo es alcanzado educando en salud para modificar los FR cardiovasculares (hipertensión, obesidad, Diabetes Mellitus...). Además, en la mayoría de los PPRC en España, los profesionales de Enfermería también realizaban otras actividades a modo general, como son las administrativas y el asesoramiento dietético.

Por otra parte, Enfermería trata de optimizar la comunicación con el resto del equipo multidisciplinar, con la finalidad de proporcionar una atención continua, integral y de calidad a los pacientes. El éxito radica en la derivación de los enfermos a los

diferentes profesionales que conforman el equipo en los PPRC. Sin embargo, según García Hernández P. et al (18), solamente se realizó en el 16,1% de los casos.

La coordinación de los PPRC recae, mayoritariamente, en los cardiólogos, según analizaron el “Estudio ESRECA” (14) y el “Proyecto RECABASIC” (15). Sin embargo, se ha demostrado que los PPRC que están coordinados por profesionales de enfermería son más efectivos, debido al poder de enlace anteriormente mencionado que establecen con los pacientes, familia y el resto del equipo multidisciplinar.

En lo relativo a los PPRC, en España, a través de los datos proporcionados por el “Estudio ESRECA” (14) hay 6 Comunidades Autónomas donde no consta la existencia de ningún centro en el que se realice Rehabilitación Cardíaca, al igual que lo expone el “Estudio MAREC” (18), donde son 5. Del total de pacientes candidatos a recibir Rehabilitación Cardíaca, aproximadamente solo el 7% pueden acceder, poniendo en evidencia que un sector de la población no tiene la misma oportunidad, por lo que resulta discriminatorio.

Teniendo en cuenta las actividades a realizar, predomina la Fase II en prácticamente todos los estudios (14,15,17-21), y es donde Enfermería cumple la mayoría de sus funciones (educación para la salud, control de las constantes vitales durante el ejercicio físico, adherencia al tratamiento farmacológico...). Sin embargo, algunos autores (16) destacan la Fase I como primordial para conseguir el cambio en el paciente: en ella, se les informa por primera vez acerca de la Rehabilitación Cardíaca, están más motivados y receptivos, y así conocer mejor su enfermedad e iniciar un nuevo estilo de vida cardiosaludable. La Fase III es la menos desarrollada en nuestro país, debido a que, una vez que se da el alta desde la Unidad de Rehabilitación Cardíaca porque los pacientes ya han adquirido conocimientos, cierta autonomía y han establecido una rutina, no existe una coordinación eficaz con los profesionales de Atención Primaria para continuar con los cuidados pertinentes.

Los beneficios de la Rehabilitación Cardíaca han sido demostrados en varios estudios (15-17,19,20). Se puede destacar que ayuda a los pacientes que han sufrido un evento cardíaco a recuperar la confianza, conseguir que adquieran hábitos de vida saludables, restablecer su estado emocional, aumentar los conocimientos respecto a su patología y régimen terapéutico, poder iniciar la reincorporación laboral, percibir

un sentimiento de protección y comprensión, disminuir los ingresos y/o recidivas, y, en definitiva, que puedan volver a recuperar la calidad de vida.

Para que la puesta en marcha de los PPRC sea posible, es necesario que cuente con unos RRHH y RRMM óptimos. En este punto hay varias diferencias entre las pautas que exponen las guías asistenciales y el ámbito clínico. Ejemplo de ello es el tamaño de los gimnasios, que, según la teoría, deben contar con una extensión recomendable de 120 m² (15); sin embargo, el tamaño medio, en los artículos revisados, es aproximadamente 2/3 al indicado; o incluso, algunos centros no llegan a disponer de ellos. La telemetría, el carro de paradas y el desfibrilador son elementos indispensables de los que toda Unidad debe disponer durante la práctica de ejercicio físico. No obstante, en España, aunque en la mayoría de los casos se cumpla, todavía existe un pequeño porcentaje de servicios en los que esto no sucede.

Para la obtención y sistematización de los datos clínicos y de pruebas diagnósticas, pautas de medicación, planes de cuidados, etc; es conveniente que los PPRC hagan uso de las tecnologías de la información y de la comunicación, es decir, de la “e-Salud”, como se refleja en el “Proyecto RECABASIC” (15). Sin embargo, en nuestro país, apenas está implantado en el 25% de los centros de Rehabilitación Cardíaca. Esto supone un obstáculo de cara al desarrollo del Sistema Sanitario, debido a que los datos se podrían incluir en la Historia Clínica Informatizada, favoreciendo el vínculo entre los diferentes profesionales y a así proporcionar una asistencia integral de calidad.

Por otro lado, aunque los enfermeros ocupen el segundo puesto en cuanto a número de profesionales en los PPRC, hay una Comunidad Autónoma que aún no cuenta con ellos. El equipo multidisciplinar complejo, según el “Estudio ESRECA” (14) no está presente en cuatro regiones, contraponiéndose a los resultados del “Estudio MAREC” (18), donde está presente en el 67,9% de las Unidades encuestadas. Los profesionales de enfermería son los que más días acuden a la semana; no obstante, en este ámbito es donde menos enfermeros hay en comparación con el resto de servicios cardiológicos.

Un 20,37% de los profesionales, según García Hernández P et al., en el “Estudio ESRECA” (14), opinan que debería aumentarse la plantilla de esta categoría profesional, dada la relevancia de su papel en los PPRC.

Respecto al último objetivo, la coordinación de los profesionales de enfermería entre las Unidades de Rehabilitación Cardíaca y Atención Primaria, a través de la figura de Enfermero Comunitario de Enlace, en España, es un ámbito aún inexplorado en según qué Comunidades Autónomas, debido a la descentralización de la sanidad. El dato exacto, a través del “Estudio MAREC” (18), es que en un 14,3% de las Unidades existe coordinación con Atención Primaria. Atendiendo a eso, se está incumpliendo un punto que se recoge en el “Proyecto RECABASIC” (15), donde esta intervención está implantada y desarrollada en numerosos países europeos con muy buenos resultados. Los mayores perjudicados son los pacientes, que, una vez finalizado el PPRC, pueden sentir vacío y desprotección.

El Enfermero Comunitario de Enlace, no solo en Rehabilitación Cardíaca, sino en otros casos (intervenciones quirúrgicas, enfermos crónicos...), podría ser otro eslabón del equipo multidisciplinar, ya que actúa facilitando la comunicación entre ambos niveles asistenciales, permitiendo la continuidad de los cuidados y forjando una derivación más progresiva y efectiva, tanto para el paciente como para los profesionales, incrementando la calidad asistencial.

Se han concretado las limitaciones de esta revisión bibliográfica:

- Artículos accesibles a texto completo exclusivamente a través de la suscripción a la Biblioteca USAL
- Escasez de evidencia científica enfermera acerca de Rehabilitación Cardíaca en España
- Redundancia en las diferentes bases de datos (duplicidad).

7- CONCLUSIONES

- Enfermería es una de las categorías profesionales imprescindibles dentro de los Programas de Rehabilitación Cardíaca, y aunque sus funciones están consensuadas en las Guías de Práctica Clínica, falta uniformidad, puesto que todo depende de qué miembros conformen el equipo multidisciplinar.
- En España existen disparidades según localización geográfica, teniendo menor oportunidad de acceso una gran cantidad de pacientes que si son aptos para realizar Rehabilitación Cardíaca.
- Dado que las enfermedades cardiovasculares son la mayor causa de morbilidad y mortalidad en España, sería necesario aumentar la cantidad de Unidades de Rehabilitación Cardíaca debido a que el número actual no cubre la demanda real de pacientes, existiendo evidencia suficiente de que la prevención secundaria cardiovascular salva vidas.
- En los Programas de Rehabilitación Cardíaca en nuestro país no existe un equilibrio a la hora de establecer unos requisitos mínimos, tanto en recursos humanos como materiales.
- Es fundamental la existencia de un equipo multidisciplinar coordinado y dinámico para la mejora de la calidad, tanto de vida de los pacientes, como de la práctica asistencial.
- Aunque en otros países europeos y en algunas Comunidades Autónomas esté instaurada la figura de Enfermero Comunitario de Enlace, en varias regiones está todavía en desarrollo, siendo inexcusable su puesta en práctica en el campo de la Rehabilitación Cardíaca, debido al gran beneficio que de ello se obtiene.

8-AGRADECIMIENTOS

En este apartado quisiera expresar mi gratitud hacia aquellas personas, y a la toma de pequeñas decisiones, que han contribuido a que ahora mismo esté en este punto, finalizando esta etapa, una de las más importantes de mi vida.

En primer lugar, agradecer a mi anterior tutora, Montserrat Chimeno Viñas, por su apoyo y amabilidad al comenzar este proyecto.

Son también necesarias unas palabras hacia Beatriz Muñoz Martín, bibliotecaria documentalista del Complejo Asistencial de Zamora, por su ayuda y disponibilidad en todo momento.

En tercer lugar, a mi actual tutora Sagrario García Calderón, que aunque hayan sido semanas difíciles, se ha preocupado y me ha ayudado a finalizar mi trabajo fin de grado.

Además, quisiera dedicar unas líneas a la Directora de la Escuela de Enfermería de Zamora, María José Feroso Palmero, quien siempre ha estado pendiente de cada uno de nosotros, para que, en el futuro, ya cada vez más cercano, consigamos ser grandes profesionales y nos podamos sentir orgullosos de haber elegido esta profesión.

En definitiva, a toda mi familia y amigos, quienes siempre han estado ahí para aconsejarme y apoyarme de cara a alcanzar mis metas, y que, en los momentos en los que estaba a punto de caer, han logrado impulsarme y reconfortarme.

9- BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez Godoy I, Romero Quirantes MI, Serrano Carrillo MI. Análisis del rol de enfermería en la prevención de enfermedades cardiovasculares desde Atención Primaria. En: Gázquez Linares JJ, Molero Jurado MM, Pérez-Fuentes MC, Simón Márquez MM, Barragán Martín AB, Martos Martínez A. Perspectivas y Análisis de la Salud. Asociación Universitaria de Educación y Psicología (ASUNIVEP); 2016. 193-198.
2. Murga Eizagaechearria N, Morillas M. Enfermedad cardiovascular [Internet]. País Vasco: Osakidetza; 2019 [Actualizado 3 sep 2019; Consultado 17 feb 2020]. Disponible en: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/enfermedades-cardiovasculares/-/enfermedad-cardiovascular/>
3. Torrades S, Pérez-Sust P. Enfermedades cardiovasculares. Offarm [Internet] 2006. [Consultado 17 feb 2020]; 25(2): 92-5. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-enfermedades-cardiovasculares-13084466>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Enfermedades cardiovasculares [Internet]. World Health Organization (WHO); [Consultado 8 feb 2020]. Disponible en: http://www.who.int/cardiovascular_diseases/es/
5. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Patrones de mortalidad en España, 2016 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2019 [Consultado 29 ene 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/mortalidad/docs/Patrones_Mortalidad_2016.pdf
6. Instituto Nacional de Estadística (INE). Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2018 [Internet]. Zamora 8 feb 2020 [Consultado]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/edcm_2018.pdf
7. Maroto Montero JM. Rehabilitación Cardíaca [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Cardiología; 2009 [Consultado 29 ene 2020]. Disponible en: <https://secardiologia.es/images/publicaciones/libros/rehabilitacion-cardiaca.pdf>

8. Museo de la Historia del Deporte. Méndez, Cristóbal [Internet]. Museo de la Historia del Deporte [Consultado 8 feb 2020]. Disponible en: <http://www.museodeldeporte.net/fichas1/siglo-de-oro/personajes/mendez-cristobal-.html>
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). La rehabilitación en las enfermedades cardiovasculares. Informe técnico de un comité de Expertos de la OMS [Internet]. Zamora 8 feb 2020 [Consultado]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/37543/WHO_TRS_270_spa.pdf?sequence=1
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Rehabilitación después de las enfermedades cardiovasculares con especial atención a los países en desarrollo. Informe de un comité de expertos de la OMS [Internet]. Zamora 12 feb 2020 [Consultado]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/41777/TRS831_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
11. Fernández Olmo MR, Otero Chulián E, Torres Llergo J, Gómez Doblas JJ. Situación actual de las Unidades de Rehabilitación Cardíaca en Andalucía: Estudio EnANPREC. Cardiocore [Internet]. 2017 [Consultado 17 feb 2020]; 52(2): 66-74. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cardiocore-298-articulo-situacion-actual-unidades-rehabilitacion-cardiaca-S1889898X16300652>
12. Centro Integral de Enfermedades Cardiovasculares (CIEC). Programa de Rehabilitación Cardíaca [Internet]. Zamora 29 ene 2020 [Consultado]. Disponible en: [https://www.hmciec.com/especialidades-hm/programasserviciosespeciales-hm/unidadesespecializadas-hm/Documents/CIEC%20Rehabilitaci%C3%B3n%20Cardiaca%20\(1\).pdf](https://www.hmciec.com/especialidades-hm/programasserviciosespeciales-hm/unidadesespecializadas-hm/Documents/CIEC%20Rehabilitaci%C3%B3n%20Cardiaca%20(1).pdf)
13. Portuondo Maseda MT, Martínez Castellanos T, Delgado Pacheco J, García Hernández P, Gil Alonso D, Mora Pardo JA. et al. Manual de enfermería en Prevención y Rehabilitación Cardíaca [Internet]. Madrid: Asociación Española de Enfermería en Cardiología (AEEC); 2009 [Consultado 12 feb 2020]. Disponible en:

<https://www.enfermeriaencardiologia.com/publicaciones/manuales/manual-de-enfermeria-en-prevencion-y-rehabilitacion-cardiaca>

14. García Hernández P, Álvarez Leiva MI, Martínez Castellanos T, Portuondo Maseda T, Ramón Carbonell M, Santillán García A. et al. Perfiles profesionales en los programas de prevención y rehabilitación cardiaca de España. Estudio ESRECA: Datos de recursos humanos. Rev Enferm Cardiol [Internet]. 2017 [Consultado 9 feb 2020]; 24(71): 103-109. Disponible en: https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/71_12.pdf
15. García Hernández P, Martínez Castellanos T, Mora Pardo JA, Portuondo Maseda MT, Ramón Carbonell M, Santillán García A. Proyecto RECABASIC. Posicionamiento sobre los estándares básicos en recursos humanos, perfil y competencias profesionales, materiales, actividades y categorización de los programas de prevención y rehabilitación cardiaca en España [Internet]. España: Ushuaia; 2017 [Consultado 29 feb 2020]. Disponible en: <https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/proyecto-recabasic.pdf>
16. Urzainqui Senosiain L, Moro Blázquez A, Ramos Elvira C, García Martí C, Portuondo Maseda M, Hernández de las Heras T. Efecto de la rehabilitación cardiaca en la vivencia de la enfermedad tras el IAM. Rev Enferm Cardiol [Internet]. 2011 [Consultado 9 feb 2020]; 18(53-54): 72-81. Disponible en: https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/53_11.pdf
17. Alba Martín R. Efectividad de la rehabilitación cardiaca en un grupo de pacientes de alto riesgo. Rev Enferm Cardiol [Internet]. 2018 [Consultado 29 feb 2020]; 25(75): 34-39. Disponible en: https://campusaeeec.com/wp-content/uploads/2019/02/ART-3_65AO02.pdf
18. García Hernández P, Fernández Redondo C, Fradejas Sastre V, Naya Leira C, Barreñada Copete E, Delgado Pacheco J. et al. Rehabilitación Cardiaca. Estudio MAREC, diagnóstico de la situación de Enfermería en España. Rev Enferm Cardiol [Internet]. 2019 [Consultado 8 mar 2020]; 26(78): 37-48. Disponible en: <https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/Enferm-Cardiol.-2019-26-78-MAREC-3.pdf>

19. Alejo Esteban JA, Castillo Dorado B, Guirado Aranda J, Tejada Jiménez C, Torres Gutiérrez A. Rehabilitación cardiaca. Consulta de enfermería en el Complejo Hospitalario de Jaén. Inquietudes [Internet]. 2015 [Consultado 29 feb 2020]; 20(49): 26-34. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/chjaen/files/pdf/1455634576.pdf>
20. Pujalte Aznar MF; Jover Ruiz R; Fernández Candela F; Casillas Jiménez MA. La adherencia farmacológica como intervención en prevención secundaria enfermera en la consulta de rehabilitación cardiaca. Invest & Cuid [Internet]. 2013[Consultado 29 feb 2020]; 11(26): 6-12. Disponible en: http://www.bibliotecadigitalcecova.com/contenido/revistas/cat4/pdf/revista_enfermeria_n26corecta_web.pdf
21. García Hernández P, Álvarez Leiva MI, Martínez Castellanos T, Portuondo Maseda MT, Ramón Carbonell M, Santillán García A. et al. Situación actual de los programas de prevención y rehabilitación cardiaca en España. Rev Enferm Cardiol [Internet]. 2014 [Consultado 29 feb 2020]; 21(62): 76-84. Disponible en: https://www.enfermeriaencardiologia.com/wp-content/uploads/62_13.pdf

10-ANEXO

Anexo 1. Tabla 1. Estrategias de búsqueda empleadas en cada base de datos.

Fecha	Base de datos	Búsqueda	Resultados obtenidos	Artículos elegidos
09/02/2020	CINHAL Complete (EBSCO host)	("Cardiac Rehabilitation") AND ("Nursing Care") y filtros (Full text, January 2010-January 2020, English and Spanish)	4	0
10/02/2020	DIALNET	"Rehabilitación Cardíaca" AND "Enfermería"	38	3
10/02/2020	CUIDEN Plus	("Rehabilitación Cardíaca") AND ("Enfermería") más filtros (Texto completo y (2010-2020))	56	4
10/02/2020	PubMed	"Cardiac Rehabilitation" [All fields] AND "Nursing Care" [All fields] AND ("loattrfree full text" [sb] AND "2010/02/13" [PDat]: 2020/02/10" [PDat] AND "humans" [Mesh Terms])	2	0
		"Cardiac Rehabilitation" [All fields] AND "Nursing" [All fields] AND "Care" [All fields] AND ("loattrfree full text" [sb] AND "2010/02/13" [PDat]: "2020/02/10" [PDat] AND "humans" Mesh terms] AND (English [lang] OR Spanish [lang]))	53	0

10/02/2020	Biblioteca Virtual de la Salud (BVS)	LILACS	Tw: ((tw: (Rehabilitación Cardíaca)) AND (tw: Enfermería))) AND (fulltext: ("1") AND db: ("LILACS")) AND (year-cluster: [2010 TO 2020])	21	0
		IBECS	Tw: ((tw: (Rehabilitación Cardíaca)) AND (tw: Enfermería))) AND (fulltext: ("1") AND db: ("IBECS")) AND (year-cluster: [2010 TO 2020])	8	0
		BDENF	Tw: ((tw: (Rehabilitación Cardíaca)) AND (tw: Enfermería))) AND (fulltext: ("1") AND db: ("BDENF")) AND (year-cluster: [2010 TO 2020])	10	0
10/02/2020	SciELO		("Rehabilitación Cardíaca") AND ("Enfermería") AND year-cluster: ("2010" OR "2011" OR "2012" OR "2013" OR "2014" OR "2015" OR "2016" OR "2017" OR "2018" OR "2019")	8	0
10/02/2020	Medline (Web of Science: FECYT)		("Rehabilitación Cardíaca") AND ("Enfermería")	1	0

10/02/2020	Science Database (ProQuest)	(Cardiac Rehabilitation) AND (Nursing Care), más filtros (Texto complete, January 2010-January 2020, Español).	3	0
29/02/2020	Nursing & Allied Health Database (ProQuest)	("Rehabilitación Cardíaca") AND ("Enfermería") más filtros (Artículo primario, Español, Texto Completo, Artículos evaluados por expertos, (2011-2018))	3	0
01/03/2020	Epistemonikos	("Rehabilitación Cardíaca") AND ("Enfermería")	13	0